

# 柏市ごみ出し困難者支援収集利用申込書

柏市長 あて

**(記載例)**

令和〇年〇〇月〇〇日

利用者	住所	〒277-8505 柏市柏5-10-1				
	ふりがな	かしわ たろう	性別	生年 月日	M T S H	20年 1月 1日
	氏名	柏 太郎	男			
	電話番号	自宅	〇〇-××××-□□□□	携帯	△△△-●●●●-××××	
要介護認定 障害の程度等	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 3 ・ 4 ・ 5 ) <input checked="" type="checkbox"/> 障害の程度 ( <input type="checkbox"/> 視覚障害__級 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由1級 ) <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> 療育手帳__ ・ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級 )					
申請者	住所	柏市●●1-1-1				
	ふりがな 氏名	沼南 花子	連絡先 (電話)	××-〇〇〇〇-△△△△		
	利用者との 関係	本人 ・ 介護関係者 (事業所名: □〇ケアステーション ) 親族 ( ) ・ 近隣者 ( ) ・ その他 ( )				
同居者	同居者 ①	ふりがな 氏名	続柄	生年 月日	昭和50年3月3日	
		かしわ じろう 柏 次郎	子			
	同居者 ②	ふりがな 氏名	続柄	生年 月日		
		現況	要介護区分 ( ) ・ 身体障害者 ( 視覚 ・ 肢体 2 級 )			
緊急連絡先	緊急 連絡先 ①	氏名	続柄	住所	松戸市〇〇1-1	
		柏 三郎	子			
	緊急 連絡先 ②	氏名	続柄	住所		
		電話①	■〇-×××〇-■△△△			
現地確認の連絡 及び 書類の送付先	・利用者宛 ※希望する宛先に○を <input checked="" type="checkbox"/> 申請者宛 ・その他( )					

利用される方ご本人の住所等を記入。要介護度等については当てはまるものすべて記入 (左の記入例参照)

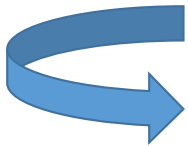
申請者が本人でない場合のみ記入

同居者がいる場合、氏名や介護等の状態を記入

緊急時の連絡先を記入(親族や介護サービス事業所等)

後日、市から送付される文書の送付先を選択

※ 介護保険被保険者証若しくは障害者手帳等の写しを添付してください。  
 ※ 後日、収集業務を行う南部クリーンセンターから現地確認の日程調整のお電話をさせていただきます。



**裏面にも記入事項があります**

収  
受  
印

第1号様式（裏面）

現況 確認	これまでどのようにごみ出し <input type="checkbox"/> ①家族や親戚，若し <input checked="" type="checkbox"/> ②ホームヘルパー <input type="checkbox"/> ③その他（	<b>現在のごみ出しの状況やサービスの利用状況を記入</b>
	ホームヘルパーなど，介護福祉サービスの利用状況（曜日・時間・内容等）を記載してください。 利用していないときは「利用無し」と記入してください。 （利用状況： <b>訪問介護，週に4回(12～13時)，身体介護・生活援助</b> ）	

下記の事項について，申請前に御確認ください。

NO	確認事項	確認欄
1	市の定める要介護基準，若しくは障害基準を満たしている。	○
	市の指定	○
	スペース	○
3	アパート・マンションなどの集合住宅に居住しており，玄関先にごみの保管容器を置くことについて，管理者から了解を得ている。	

**確認事項を改めて確認し，問題なければ確認欄に○を  
(3はどちらか1つだけ○)**

※ どちらかに○をつけてください

【処理欄】 ※記入不要

廃棄物政策課 書類確認	可	・	否	確認日	月	日
保健福祉部 現況確認	一致・不一致	確認日	南部CC 現地確認	可	・	否
収集曜日	曜日	初回収集 予定日	年	月	日以降	
特記事項						